

Dysforia płciowa, niezgodność płciowa i nonkonformizm płciowy w adolescencji – zmiany i wyzwania diagnostyczne

Gender dysphoria, gender incongruence and gender nonconformity in adolescence – changes and challenges in diagnosis

Marta Dora¹, Bartosz Grabski^{1,2}, Bartłomiej Dobroczyński³

¹Szpital Uniwersytecki w Krakowie, Poradnia Seksuologiczna przy Klinice Dorosłych, Dzieci i Młodzieży

²Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Pracownia Seksuologii Katedry Psychiatrii

³Uniwersytet Jagielloński, Instytut Psychologii

Summary

Psychiatrists, psychotherapists and sexologists specialising in therapy and support of teenage patients have noticed a significant rise in reports of lack of acceptance of the gender assigned at birth, questioning it, rejecting it, and various ways of experiencing it. Although the history of work with transgender adults goes back to the 1920s, gender dysphoria in adolescents remains a complex phenomenon, and any attempts at standardisation of approaches and protocols have so far been unsuccessful. The controversies associated with the issue often result in hasty conclusions and the false – according to the authors of the present paper – assumption that the population of adolescents who experience gender dysphoria or gender incongruence is homogenous. The present article reviews the changes in the diagnoses associated with gender identity made in the DSM and ICD classifications in recent decades, psychological health and neurodiversity of patients reporting gender dysphoria, most common models of treatment, including their advantages and disadvantages, as well as the challenges for diagnosis and treatment in work with this population.

Słowa kluczowe: DSM-5, ICD-11, dysforia płciowa, seksuologia

Key words: DSM-5, ICD-11, gender dysphoria, sexology

Wprowadzenie

Ośrodki kliniczne, zarówno te specjalizujące się w problematyce zdrowia osób transpłciowych, jak i instytucje o szerszym profilu pacjentów i o różnym stopniu referencyjności, w ostatnich latach raportują znaczny wzrost liczby zgłoszeń dzieci

i adolescentów ujawniających dyskomfort względem płci przypisanej im przy urodzeniu. Zwiększona akceptacja społeczna tej stygmatyzowanej kondycji, szerszy dostęp do informacji oraz możliwości kontaktu za pośrednictwem mediów społecznościowych bezsprzecznie odgrywają istotną rolę w tym procesie, niemniej wiele pytań pozostaje nadal bez odpowiedzi. Dyskomfort związany z ciałem i rolą społeczną jest zgłaszany przez osoby nastoletnie w skali przekraczającej wszelkie dotychczasowe statystyki, zwłaszcza w przypadku osób z przypisaną przy urodzeniu płcią żeńską [1]. Średnia wieku pierwszego zgłoszenia obniża się, zdecydowana większość pacjentów doświadcza współistniejących trudności afektywnych i behawioralnych, a symptomatologia zaburzeń rozwojowych mających znamiona autyzmu jest kilkakrotnie wyższa w tej grupie niż w populacji ogólnej [2]. Ponadto w piśmiennictwie krajowym brak obszernych opracowań dotyczących dysforii płciowej w ogóle, a nieliczne istniejące publikacje poruszające ten temat są skoncentrowane głównie na doświadczeniu osób pełnoletnich. Autorzy niniejszego tekstu stawiają sobie za cel wypełnienie tej luki, poprzez zapewnienie ram odniesienia Czytelnikom, którzy, nawet jeżeli w swojej praktyce psychiatrycznej, psychologicznej i/lub psychoterapeutycznej jeszcze nie spotkali adolescentów zgłaszających dysfориę płciową, z dużym prawdopodobieństwem zetkną się z tym zjawiskiem w niedalekiej przyszłości. Jest to fenomen pod wieloma względami szczególnie i specyficzny, a w konsekwencji nastroczający licznych trudności diagnostycznych i terapeutycznych. Szczególnej uwagi i wyjaśnienia domagają się przede wszystkim następujące kwestie:

- gruntowne zmiany w zakresie diagnoz związanych z tożsamością płciową, które zaszły w ostatnich dekadach w klasyfikacjach Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) i International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD);
- wysokie wskaźniki lęku, depresji, samouszkodzeń niesamobójczych oraz myśli i prób samobójczych w populacji osób nastoletnich zgłaszających dysfориę płciową;
- wyższe niż w populacji ogólnej rozpowszechnienie zaburzeń ze spektrum autyzmu lub szeroko rozumianej neuroróżnorodności;
- dobór odpowiednich form leczenia przy jednoczesnym rozpoznaniu zalet i wad każdej z nich;
- lawinowo rosnąca liczba zgłoszeń młodzieży doświadczającej dysforii płciowej do psychiatrów, psychologów, seksuologów i związane z tym pytanie o rolę czynników społeczno-kulturowych w genezie tego zjawiska.

Tło historyczne

Terminy „transwestytyzm” i „transseksualizm” w dyskursie medycyny zachodniej zaistniały odpowiednio w 1910 i 1923 roku za sprawą niemieckiego lekarza i seksuologa Magnusa Hirschfelda [3, 4], który w 1919 roku założył pierwszy na świecie Instytut Nauk Seksuologicznych (niem. *Institut für Sexualwissenschaft*), gromadząc

w bibliotece 20 000 woluminów publikacji, studiów przypadku i zapisków z obserwacji pacjentów. W podobnym czasie w Stanach Zjednoczonych swoją praktykę seksuologiczną rozwijał David Cauldwell, popularyzując esejem „Psychopatia Transsexualis” z 1949 roku termin transseksualizmu w języku angielskim [5]. Zniszczenie przez nazistów w 1933 roku dorobku Hirschfelda, jego śmierć oraz pustosząca Europę II wojna światowa przyczyniły się do okrzyknięcia Cauldwella autorem pojęcia, a środek ciężkości rozwoju badań nad transseksualnością przesunął się do Ameryki Północnej. Postacią emblematyczną dla współczesnego rozumienia transpłciowości został endokrynolog i seksuolog Harry Benjamin, urodzony w 1885 roku – podobnie jak Hirschfeld – w Berlinie. Łącząc endokrynologię z seksuologią, stał się czołowym lekarzem osób transpłciowych, mającym do połowy lat 70. pod opieką ponad 1500 pacjentów [6]. Książka „The Transsexual Phenomenon” [7] oraz wstęp do „Transsexualism and Sex Reassignment” [8] ugruntowały jego pozycję jako pioniera całościowego i afirmatywnego podejścia do zjawiska, zgłaszanego już wówczas także przez osoby młode. Spośród 800 osób transpłciowych piszących listy do Benjaminu 21 określiło swój wiek na 14–18 lat [6]. Zgromadzona korespondencja jest najprawdopodobniej odzwierciedleniem pionierskiej pracy z transpłciową młodzieżą, której Benjamin pomagał najlepiej jak potrafił, zgodnie z ówczesnie obowiązującymi przepisami prawnymi i praktyką medyczną, inspirując tym samym wielu innych specjalistów do podejścia afirmatywnego. W 1978 powstało stowarzyszenie Harry Benjamin Gender Dysphoria Association, rok później publikując pierwsze na świecie standardy opieki [9]. Stowarzyszenie to w 2007 roku przekształciło się w World Professional Association for Transgender Health (WPATH). Bieżąca wersja standardów opieki z 2011 roku jest aktualnie rewidowana do ósmej edycji [10].

Tożsamość płciowa dzieci i młodzieży w klasyfikacjach medycznych

DSM-III [11] jest najczęściej wymieniany w literaturze jako podręcznik wprowadzający kategorię „zaburzeń” tożsamości płciowej u dzieci i adolescentów. Niemniej już 3 lata wcześniej ukazała się dziewiąta wersja ICD [12], gdzie w rozdziale pt. „Dewiacje i zaburzenia seksualne” umieszczono po raz pierwszy „Zaburzenia tożsamości psychospołecznej”, zdefiniowane jako: „zachowania występujące u niedojrzałych psychoseksualnie preadolescentów, podobne objawowo do dewiacji seksualnych opisywanych pod hasłami transwestytyzmu i transseksualizmu” [tłumaczenie własne]. Z kolei Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne w 1980 roku w rozdziale „Zaburzenia psychoseksualne” wprowadziło diagnozę „zaburzeń tożsamości płciowej w dzieciństwie”, w późniejszej rewizji zmieniając przypisaną im kategorię na „zaburzenia ujawniające się zazwyczaj w niemowlęctwie, dzieciństwie lub adolescencji” [13]. W 1990 roku Światowa Organizacja Zdrowia przyjęła w ICD-10 nazwę kategorii z podręcznika DSM, tworząc jednocześnie zupełnie nową nadrzędną jednostkę „Zaburzeń tożsamości płciowej”, w której znalazł się także, odnoszący się do osób dorosłych, „transseksualizm”. DSM-IV i DSM-IV-R utrzymały kod z wcześniejszych edycji, przenosząc go do nowej kategorii „Zaburzeń seksualnych i zaburzeń tożsamości płciowej”, obok dysfunkcji seksualnych

i parafilii [14, 15]. Przełom nastąpił w 2013 roku, wraz z publikacją piątej edycji DSM, kiedy „Zaburzenia tożsamości płciowej”, po uwzględnieniu rekomendacji Cohen-Kettenis i Pfafflina [16], zastąpiono „Dysforią płciową”, w której to kategorii znalazły się oddzielnie „dysforia płciowa u dzieci” oraz „dysforia płciowa u dorastających i dorosłych” [17]. Przesłanki do tego zabiegu zostały wyczerpująco opisane [18], warto jednak w tym miejscu podkreślić, że już od lat 90. toczy się dyskusja, czy diagnozy związane z tożsamością płciową u dzieci powinny w ogóle istnieć. Przeciwnicy wskazują na niepotrzebne medykalizowanie różnorodności płciowej u dzieci, wobec których i tak nie stosuje się żadnych hormonalnych i chirurgicznych interwencji, zatem diagnoza nie jest uzasadniona uzyskaniem dostępu do leczenia. Pojawiają się także głosy, że postrzeganie nienormatywności płciowej u dzieci jako czegoś problematycznego, może w konsekwencji przyczynić się do ponownego patologizowania homoseksualności, szczególnie męskiej, która często rozwojowo przejawia się właśnie w taki sposób. Zwolennicy utrzymania diagnozy mówią z kolei o konieczności zapewnienia profesjonalnego wsparcia i edukacji dla rodziców oraz o potrzebie wydzielenia tej subpopulacji dzieci nienormatywnych płciowo, dla których nie będzie to przemijający wariant rozwojowy i które doświadczają lub będą doświadczały z tego tytułu dyskomfortu lub cierpienia [19].

W propozycji DSM-5 dotyczącej osób nastoletnich osią zmiany jest depatologizacja różnych form tożsamości płciowej, z zaznaczeniem, że problemem kwalifikującym się do klinicznych interwencji jest dysforia, czyli utrwalone cierpienie i dyskomfort wynikające z rozbieżności między płcią przypisaną przy urodzeniu a poczuciem płci. Wobec powyższego diagnoza dysforii płciowej u osoby w wieku nastoletnim wymaga spełnienia dwóch kryteriów. Pierwsze z nich, kryterium A, brzmi: „wyrażna niezgodność pomiędzy odczuwaną/wyrażaną przez osobę płcią a płcią tej osobie przypisaną, trwająca co najmniej sześć miesięcy i przybierająca co najmniej dwie spośród wymienionych postaci:

- (1) wyraźnej niezgodności między odczuwaną/wyrażaną przez osobę płcią a jej pierwszorzędnymi i/lub drugorzędnymi cechami płciowymi (lub w przypadku osób dorastających także przewidywanymi drugorzędnymi cechami płciowymi);
- (2) silnej chęci bycia pozbawionym pierwszorzędnym i/lub drugorzędnym cech płciowych z powodu wyraźnej niezgodności między odczuwaną/wyrażaną przez daną osobę płcią (lub w przypadku osób dorastających chęci uniknięcia rozwoju przewidywanych drugorzędnym cech płciowych);
- (3) silnej chęci posiadania pierwszorzędnym i/lub drugorzędnym cech płciowych płci przeciwnej;
- (4) silnej potrzeby bycia przeciwnej płci (albo płci alternatywnej od przypisanej danej osobie);
- (5) silnej potrzeby bycia traktowanym jak osoba przeciwnej płci (albo płci alternatywnej od przypisanej danej osobie);
- (6) wyraźnego przekonania, że dana osoba wyraża uczucia i prezentuje reakcje typowe dla płci przeciwnej (albo płci alternatywnej od przypisanej danej osobie).”

Drugie natomiast, kryterium B, brzmi następująco: „opisany stan powoduje klinicznie istotne cierpienie lub pogorszenie funkcjonowania społecznego, zawodowego lub w innych ważnych obszarach” [tłumaczenie własne] [17].

Przeformułowanie kryteriów diagnostycznych oraz samej nazwy miało w intencji autorów przyczynić się do zdjęcia odium patologii z różnorodnych form przeżywania swojej tożsamości płciowej, zostawiając jednocześnie przestrzeń do klinicznych interwencji wobec osób, które z tego tytułu cierpią [20]. Zatem celem oddziaływań nie jest zmiana tożsamości płciowej, a redukcja cierpienia wynikającego z doświadczanej niezgodności. Ponadto termin dysforia implikuje spektralny/ciągły charakter zjawiska, a nie jego binarność. W przeciwieństwie do zaburzenia identyfikacji płciowej, które albo można mieć, albo nie mieć, dysforia może fluktuować w czasie, nasilać się i słabnąć, podobnie jak doświadczenie bólu fizycznego. Co warto odnotowania, diagnozy związane z tożsamością płciową były i są jedynymi jednostkami psychiatrycznymi, w obrębie których ingerencje hormonalne i chirurgiczne – częściowo lub całkowicie nieodwracalne – stanowią jeden ze składników rekomendowanego leczenia.

Kilka miesięcy przed publikacją DSM-5, przypadającą na 18 maja 2013 roku, odbyło się spotkanie porozumiewawcze pomiędzy przedstawicielami WPATH i WHO, mające na celu wypracowanie konsensusu w procesie przygotowywania jedenastej, gruntownie zrewidowanej wersji klasyfikacji ICD [21]. 23 lata, które minęły wówczas od publikacji ICD-10, oprócz licznych danych badawczych i klinicznych, przyniosły także szereg przemian społeczno-kulturowych, którym Światowa Organizacja Zdrowia musiała wyjść naprzeciw. Postulowano m.in. usunięcie kategorii F66, tj. „Zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania związanych z rozwojem i orientacją seksualną” [22], usunięcie kodów F64.1, tj. „Transwestytyzmu podwójnej roli”, oraz F65.1, tj. „Transwestytyzmu fetyszystycznego”, a przede wszystkim zmianę nazwy kodu F64.0, tj. „Transseksualizmu”, i przesunięcie tej diagnozy z rozdziału „Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania” do innej, niezwiązanej ze zdrowiem psychicznym sekcji [22]. Znakomita część propozycji została wprowadzona, a ostateczne brzmienie ICD-11 zaakceptowano 18 czerwca 2018 roku. Zagadnienia dotyczące identyfikacji płciowej umieszczono w nowym rozdziale, pt. „Stany związane ze zdrowiem seksualnym” (ang. *Conditions Related to Sexual Health*), gdzie miejsce „transseksualizmu” zastąpiła „niezgodność płciowa w adolescencji i dorosłości”, charakteryzująca się, według zamieszczonego przez autorów opisu, „wyraźną i trwałą niezgodnością między doświadczaną przez daną osobę płcią a płcią, jaka została jej przypisana, co często skutkuje pragnieniem *tranzycji*, aby żyć i być akceptowanym jako osoba płci doświadczanej. Odbywa się to na drodze leczenia hormonalnego, zabiegów chirurgicznych lub innych usług mających na celu dostosowanie ciała osoby do płci doświadczanej w takim zakresie, w jakim tego pragnie. Diagnozy nie można postawić przed rozpoczęciem okresu dojrzwania. Zachowania i preferencje odmienne od stereotypowych [w odniesieniu do przypisanej przy urodzeniu płci – komentarz autorów] same w sobie nie stanowią podstawy do postawienia diagnozy” [tłumaczenie własne] [22].

Pomimo szeregu podobieństw „dysforia płciowa” z DSM-5 i „niezgodność płciowa” z ICD-11 nie są pojęciami tożsamymi. Nowa jednostka klasyfikacji WHO podkreśla indywidualne i subiektywne doświadczenie niespójności między przypisaną

przy urodzeniu a odczuwaną płcią. niespójność ta może powodować istotne klinicznie cierpienie i upośledzenie funkcjonowania, czyli spełniać kryterium B dysfornii płciowej według DSM-5, szczególnie w zetknięciu ze społeczną dezaprobatą, ale ani cierpienie, ani upośledzenie funkcjonowania nie są diagnostyczną koniecznością. niezgodność płciowa staje się zatem diagnozą stanu rozbieżności między poszczególnymi aspektami tożsamości płciowej, anatomii i roli społecznej, która to rozbieżność może, choć nie musi implikować dyskomfortu. Ta pozbawiona kryterium cierpienia definicja jest nie tylko naturalną konsekwencją przeniesienia diagnozy poza obszar psychopatologii, ale przede wszystkim, wyraźniej niż zostało to uczynione w DSM-5, oddaje ideę depsykiatryzacji różnorodnych form przeżywania swojej płci. Jeżeli niezgodności towarzyszy pragnienie tranzycji, rekomendowane jest podjęcie medycznych i formalnych działań celem uzyskania możliwie jak najlepszej spójności między tożsamością psychiczną, ciałem i sytuacją prawną.

Zdrowie psychiczne młodzieży zgłaszającej dysfornię płciową

Badania nad zdrowiem psychicznym osób doświadczających dysfornii płciowej z nielicznymi wyjątkami [23] dotyczą dorosłych i niemal zawsze zawierają alarmująco wysokie wskaźniki lęku, depresji, samouszkodzeń niesamobójczych oraz myśli i prób samobójczych. Przyczyn powyższego autorzy [24-28] upatrują głównie w cierpieniu związanym z przeżywaniem swojej tożsamości płciowej jako innej niż płeć przypisana przy urodzeniu, a także w zmieniającym się w okresie dojrzewania ciele, stygmatyzacji, uprzedzeniach i odrzuceniu przez najbliższych oraz stresie mniejszościowym, czyli unikatowym, chronicznym i społecznie uwarunkowanym napięciu wiążącym się z przynależnością do dyskryminowanej grupy. Doniesienia dotyczące wyłącznie nastolatków są zdecydowanie rzadsze i obejmują głównie ostatnie dwie dekady, czyniąc tę populację mniejszością w mniejszości. Dodatkową trudność stanowi ograniczenie danych wyłącznie do tej subpopulacji osób, których przynajmniej jeden opiekun ustawowy wyraża zgodę na konsultacje lekarskie, ocenę rozwoju psychoseksualnego i ewentualne postępowanie medyczne. Większość badań, z których część zacytowano poniżej, pochodzi z ośrodków działających przy klinikach specjalizujących się w obszarze tożsamości płciowej, do których zgłaszają się rodzice na etapie wstępnego rozpoznania problemu, świadomie poszukujący pomocy dla swojego dziecka [29]. Można zatem zaryzykować hipotezę, że znaczna część nastolatków niemających możliwości takiej opieki zostaje uwzględniona w danych dużo później, jako młodzi dorośli rozpoczynający proces diagnostyki i oceny dopiero po osiągnięciu pełnoletności. Metoda oceny zdrowia psychicznego nastolatków zgłaszających dysfornię płciową różni się istotnie w zależności od placówki, co wyklucza możliwość porównywania prób, brak też systematycznego przeglądu badań w tym zakresie. Natomiast czytelników zainteresowanych przeglądem badań dotyczących dorosłych autorzy zachęcają do zapoznania się z pracą Dhejne i wsp. [28]. W jednym z dostępnych badań dotyczących nastolatków, przeprowadzonym przez Spacka i wsp. [27], 44,3% adolescentów miało postawioną diagnozę psychiatryczną przynajmniej raz w historii leczenia, 37,1% zażywało w przeszłości przepisane przez psychiatrę leki, a 21% zgłaszało przeszłe bądź

aktualne myśli samobójcze. Zespół jednej z kanadyjskich klinik [30] zebrał próbę 84 adolescentów, z których 44% z przypisaną przy urodzeniu płcią żeńską i 33% z przypisaną przy urodzeniu płcią męską spełniało kryteria zaburzeń lękowych. Dziesięć badanych osób miało za sobą przynajmniej jedną próbę samobójczą. Z kolei każdy z 21 adolescentów zakwalifikowanych do terapii hormonalnej w 2011 roku przez australijski zespół Hewitta i wsp. zgłaszał objawy lękowo-depresyjne [31]. Badacze z Finlandii w podobnej grupie osób nastoletnich ewaluowanych przed podjęciem tranzykcji medycznej raportowali leczenie przeciwdepresyjne w historii 64% pacjentów, zaś myśli samobójcze i samouszkodzenia niesamobójcze u 53% chorych [32]. W próbie 218 pacjentów Tavistock Clinic w Londynie, przyjmującej zarówno dzieci, jak i osoby nastoletnie, znalazło się 42% osób zgłaszających obniżony nastrój i 39% pacjentów dokonujących samouszkodzeń niesamobójczych [33]. W jednym tylko badaniu zestawiono wyniki kwestionariusza MMPI 86 adolescentów z 293 dorosłymi osobami transpłciowymi, które jeszcze nie przeszły tranzykcji społecznej i medycznej. Znacznie wyższe wskaźniki psychopatologii zostały osiągnięte w grupie dorosłych [32], co – jak sugerują autorzy badania – może wskazywać na korzyści dla zdrowia psychicznego płynące z wczesnego procesu wyjścia z ukrycia (*coming-out*).

Istnieją przypadki, w których nasilenie objawów internalizacyjnych i eksternalizacyjnych jest tak duże, że niemal uniemożliwia ocenę nie tylko stabilności tożsamości płciowej i dysforii płciowej w czasie, ale także zdolności do wyrażenia świadomej zgody na leczenie hormonalne. Jednak należy podkreślić, że ani nie są to sytuacje dominujące, ani nie muszą świadczyć o niespełnianiu przez pacjentów kryteriów diagnostycznych dysforii. Dysforia płciowa jest w pewnym sensie doświadczeniem egalitarnym; nie dyskryminuje ze względu na pochodzenie, zasoby intrapsychiczne i interpersonalne, poziom inteligencji, stopień rozwoju emocjonalnego i tym podobne. Oznacza to, że doświadczające jej osoby, zwłaszcza znajdujące się w kryzysie rozwojowym okresu dorastania, będą w stanie w różnym zakresie zwerbalizować ją i wytrzymać, angażując mechanizmy obronne i zaradcze o różnym stopniu adaptacyjności.

Dysforia płciowa a neuroróżnorodność

Kolejnym wyzwaniem w opiece nad nastolatkami zgłaszającymi dysforię płciową (*gender dysphoria*; GD) jest zindywidualizowanie diagnostyki pacjentów, u których stwierdzić można jednoczesną symptomatologię zaburzeń ze spektrum autyzmu (*autism spectrum disorders*; ASD). Praktyka kliniczna i doniesienia badawcze wskazują na zwiększającą się liczbę zgłoszeń pacjentów z tą problematyką. W systematycznym przeglądzie medycznych baz danych pod tym kątem Van Der Miesen i wsp. [34] cytują badania, w których współwystępowanie GD i ASD wynosi od 3,8% [35] do 21,3% [36], w zależności od kryteriów włączenia. Nawet przy dużej ostrożności wskaźnik przekracza rozpowszechnienie ASD, w populacji ogólnej szacowane na 1% [37]. Autorzy upatrują przyczyn takiego stanu rzeczy we wzajemnej interakcji czynników biologicznych, społecznych i psychologicznych, jednocześnie sygnalizując nie tylko ograniczenia płynące z przywiązywania zbyt dużej wagi do pojedynczych koncepcji, ale także wskazując na ich spekulatywność [38]. Pomimo trudności diagnostycznych

wiążących się z kwalifikacją neuroatypowych nastolatków zgłaszających dysfориę płciową, w literaturze brak sugestii, aby ASD było czynnikiem wykluczającym możliwość diagnozy GD. Najczęściej sugerowane jest wydłużenie procesu obserwacji i jak najlepsze jego zindywidualizowanie, uwzględniające poziom rozwoju pacjentów [38]. Turban [39] posuwa się jeszcze dalej, kwestionując samą metodę oceny ASD u nastolatków doświadczających dysfории płciowej i sugerując, że do oceny używa się skal, które u 80% osób młodych doświadczających lęku i depresji dają wyniki mieszczące się w zakresie referencyjnym, a co za tym idzie generują artefakty w postaci nadreprezentacji diagnoz ASD u nastolatków z dysfориą. Autor proponuje rozważenie hipotezy *quasi*-autyzmu, tj. deficytów społecznych wtórnych wobec wysokiej ekspozycji na stres, braku kontaktu z rówieśnikami czy odrzucenia ze strony rodziny.

Diagnostyka i leczenie dzieci i młodzieży – model holenderski

Zakres proponowanych oddziaływań w odniesieniu do dzieci i młodzieży z dysfориą płciową został podsumowany w raporcie Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego przez Byne'a i wsp. w 2012 roku [40]. Podejścia terapeutyczne, szczególnie u dzieci, zostały zakwalifikowane do trzech głównych grup: pierwszej, skoncentrowanej na redukcji odczuwanej dysfории płciowej poprzez działania mające na celu wzmocnienie identyfikacji z płcią przypisaną; drugiej, nastawionej na towarzyszenie dzieciom w ich naturalnym rozwoju, w tym identyfikacji i zachowań płciowych; oraz trzeciej, skupionej na jak najszybszej afirmacji identyfikacji z doświadczaną płcią. Naukowa baza dla tych podejść jest ograniczona, a każde z nich poddano krytyce lub przedstawiono argumenty wspierające. Prezentowany w niniejszym artykule model holenderski integruje podejścia należące do drugiej i trzeciej grupy, z naciskiem na „uwagę obserwację” w przypadku dzieci oraz „afirmację” w odniesieniu do adolescentów.

Pierwsza na świecie klinika specjalizująca się w leczeniu dysfории płciowej u dzieci i nastolatków powstała w 1987 roku przy centrum medycznym Uniwersytetu w Utrechcie (obecnie znajdującym się na Uniwersytecie w Amsterdamie), jednak zaznaczyć należy, że tworzący ją zespół zbierał doświadczenia już od początku lat 70. Liczba zgłoszeń do kliniki systematycznie rosła, od 34 w 1980 roku do 686 w roku 2015 [41]. Choć dane za lata 2016-2018 nie są jeszcze dostępne, można spodziewać się tendencji wzrostowej. Dla porównania – do innej pionierskiej placówki zajmującej się dysfориą płciową u dzieci i młodzieży, tj. do Gender Identity Development Service for Children, działającej przy Tavistock Centre w Londynie, w 2009 roku zgłosiło się 97 dzieci i adolescentów, natomiast od początku roku 2017 do kwietnia 2018 aż 2 519 [42]. Niewystarczająca wiedza, brak badań i rekomendacji w połączeniu z lawinowo rosnącym zapotrzebowaniem na wskazówki lub wytyczne doprowadziły pionierski zespół w Amsterdamie do stworzenia tzw. protokołu holenderskiego – złożonej i rozciągniętej w czasie procedury obserwacji, leczenia i ewaluacji osób małoletnich zgłaszających dysfориę płciową [43]. Program jest powszechnie cytowany i posiada relatywnie dużą bazę naukową, dlatego zostanie tutaj szerzej omówiony. Niemniej jednak warto zapoznać się z innymi modelami opieki realizowanymi w wiodących

ośrodkach, jak we wspomnianym Gender Identity Development Service for Children czy w Gender Identity Service, Child, Youth, and Family Program przy Center for Addiction and Mental Health w Toronto [44-47].

Autorzy protokołu holenderskiego podkreślają odrębność podejść w zależności od wieku pacjentów, których dzieli się na dwie grupy: dzieci do 12. roku życia oraz osoby nastoletnie między 12. a 18. rokiem życia [41]. Obserwacja dzieci powinna doprowadzić do rozstrzygającego ustalenia, czy nonkonformistyczne płciowo zachowania są przemijającym i niepowodującym dyskomfortu wariantem rozwojowym, czy – przeciwnie – mają cechy trwałej lub utrwalającej się dysforii płciowej. Ocenie podlegają możliwie wszystkie aspekty funkcjonowania dziecka, takie jak poziom poznawczy, funkcjonowanie społeczne, wyniki w nauce oraz bieżąca i przeszła sytuacja rodzinna. Sama dysforia jest elementem ważnym, choć wcale nie centralnym, i to nie na nią nakierowane są działania terapeutyczne. Jeżeli ocena rozwoju funkcjonowania dziecka ujawni współwystępujące z dysforią problemy rozwojowe lub rodzinne, to te właśnie w pierwszej kolejności będą podlegać leczeniu/oddziaływaniom terapeutycznym. Gdy takowych brak, prowadzi się psychoedukację i udziela wsparcia rodzicom w tej szczególnie trudnej dla nich sytuacji. Niepewność co do kierunku, w jakim rozwine się tożsamość płciowa ich dziecka, może przełożyć się na wielopostaciowe zaburzenia adaptacyjne i w rezultacie obniżyć poziom funkcjonowania rodziców w znacznie poważniejszym nawet stopniu, niż dysforia wpływa na ich dziecko. Niepewność tę może wzmacniać fakt dużej rozbieżności w wynikach badań. Dostępne dane, obejmujące obecnie 317 dzieci obserwowanych do okresu adolescencji lub wczesnej dorosłości, szacują wskaźniki utrzymywania się dysforii od dzieciństwa do okresu adolescencji lub wczesnej dorosłości w zakresie od 2 do 39% [43]. Podano różne możliwe interpretacje tego zjawiska. Jedna nich wskazuje na znaczenie długich okresów obserwacyjnych, gdyż część osób, u których dysforia pozornie ustąpiła, może wracać po pomoc w późniejszym okresie. Nie zmienia to ostatecznej konkluzji, że dysforia płciowa w dzieciństwie w większości wypadków ustępuje [43-45]. Równocześnie, jak dotychczas nie powstała żadna metoda umożliwiająca trafną prognozę dalszego rozwoju dziecka, które identyfikuje się z płcią przeciwną lub nie identyfikuje się z płcią przypisaną, choć wnioski z badań wskazują na znaczenie takich czynników jak nasilenie dysforii płciowej w dzieciństwie oraz zakres zachowań związanych z utożsamianiem się z płcią przeciwną. Inne czynniki, na które się wskazuje, to: przypisana płć żeńska, późniejszy wiek oceny dysforii płciowej w dzieciństwie, niższa klasa społeczna, społeczna tranzycja dokonana w dzieciństwie – szczególnie u dzieci z przypisaną płcią męską. Dodatkowo dzieci, u których dysforia płciowa miała się utrzymać częściej, wprost wskazywały, że czują się osobami innej płci, z kolei te, u których dysforia ustąpiła, podawały, że jedynie chciałyby być przedstawicielami innej płci. Wiek nasilonych zmian w środowisku psychospołecznym, jak i zmian cielesnych (10.-13. rok życia) związanych z dojrzewaniem uznany został jako kluczowy dla dalszego utrzymywania się bądź ustępowania dysforii płciowej, a dostępne dane sugerują, że faktycznie prawdopodobieństwo utrzymywania się dysforii płciowej po przekroczeniu tego wieku jest wysokie [48]. Wobec powyższego autorzy protokołu holenderskiego nie rekomendują pełnej społecznej tranzycji, czyli rozwiązania, w którym dziecku zmienia

się imię i stosowane wobec niego zaimki, a otoczenie nie otrzymuje informacji o płci przypisanej przy urodzeniu. Argumentują to zbyt dużym obciążeniem rozwojowym dla tych dzieci, które, chcąc po pewnym czasie wrócić do identyfikacji z płcią natalną, mogą tego zaniechać w obawie przed odrzuceniem. Ponadto kilkuletnie dzieci mogą po dłuższym czasie funkcjonowania w określonej roli społecznej nie zdawać sobie sprawy z biologicznej ścieżki swojego rozwoju, a co za tym idzie – nie być przygotowane na zmiany typowe dla okresu pokwitania. Zamiast pełnej społecznej tranzycji proponuje się zatem, aby zachęcać dziecko do wypróbowywania różnych zachowań i zabaw, niezależnie od tego jakiej płci stereotypowo są przypisywane; zaś dodatkowo rodzice uczeni są, jak umiejętnie wspierać tożsamość płciową dziecka, przy jednoczesnym zadbaniu o pozostałe aspekty jego rozwoju.

Postępowanie w przypadku nastolatków jest jednak inne. Sama ocena osób nastoletnich od 12. roku życia jest podobna, bez względu na to, czy pozostawały one wcześniej pod obserwacją w związku z odczuwaną w dzieciństwie dysforią płciową, czy też zgłosiły się do kliniki dopiero w trakcie lub po wejściu w okres dojrzewania, z tą tylko różnicą, że w pierwszym przypadku czas reewaluacji może być nieco krótszy [41]. Po rozmowach z rodzicami i nastolatkiem następuje szereg konsultacji indywidualnych, w trakcie których diagnosta zbiera informacje dotyczące rozwoju psychoseksualnego pacjenta, jego/jej doświadczeń seksualnych, zachowań, preferencji i fantazji, a także percepcji własnego ciała oraz stopnia nasilenia dysforii i kontekstów, w jakich się pojawiła. Po etapie rozszerzonego wywiadu następuje zindywidualizowany proces oceny rozwijającej się osobowości – i stopnia jej ewentualnej psychopatologii – w skład którego wchodzi dodatkowe konsultacje z psychiatrą, ewaluacja sytuacji rodzinnej oraz czynników, które wpływają na odczuwanie dysforii i na motywację/motywy do podjęcia działań nakierowanych na medyczną korektę płci. Dalsze, rozciągnięte na kilka lat działania mają kluczowe znaczenie dla późniejszych losów pacjentów i dzielą się na całkowicie odwracalne (supresja dojrzewania), częściowo nieodwracalne (włączenie terapii hormonalnej) oraz całkowicie nieodwracalne (zabiegi chirurgiczne). Osoba nastoletnia jest do nich kwalifikowana, jeżeli: 1) spełnia kryteria dysforii płciowej według DSM, 2) żyje we wspierającym środowisku rodzinnym i społecznym, 3) nie ma towarzyszących problemów psychologicznych czy psychospołecznych, które utrudniałyby diagnostykę lub leczenie. Szczegółowa psychoedukacja pacjenta i jego opiekunów, badania biochemiczne, ocena endokrynologa dziecięcego oraz osiągnięcie przez pacjenta stadium 2 lub 3 na skali Tannera poprzedzają wdrożenie analogów gonadoliberyny (GnRHa) w celu supresji dojrzewania. Wymóg osiągnięcia konkretnego stadium rozwoju biologicznego jest szczególnie istotny diagnostycznie, gdyż dopiero po rozpoczęciu dojrzewania można go subiektywnie doświadczyć (a nie wyłącznie antycypować) i na to doświadczenie zareagować. Główną przesłanką za stosowaniem supresji dojrzewania jest zapewnienie nastoletniemu pacjentowi czasu na eksplorację swojej tożsamości przy jednoczesnym odciążeniu go z konieczności doświadczenia swojego maskulinizującego lub feminizującego się ciała. W konsekwencji dysforia płciowa i jej behawioralne oraz afektywne komponenty powinny słabnąć, umożliwiając osobie nastoletniej bardziej harmonijny rozwój. Supresja dojrzewania ma jeszcze jedną przesłankę – w przypadku zakwalifikowania pacjenta do terapii hormonalnej

wcześniejsze zahamowanie rozwoju cech płciowych, takich jak owłosienie twarzy i szyi, mutacja czy rozrost tkanki mięśniowej u nastolatków z przypisaną płcią męską oraz rozwój piersi, bioder i tkanki tłuszczowej u osób z przypisaną płcią żeńską, da zdecydowanie bardziej korzystne efekty leczenia hormonami docelowymi i umożliwi pacjentom osiągnięcie upragnionej sylwetki. Wdrożenie hormonów płciowych zapoczątkowuje dojrzewanie biologiczne zgodne z przeżywaną tożsamością, przez co jest zabiegiem częściowo nieodwracalnym, a pacjenci są do niego kwalifikowani nie wcześniej niż po ukończeniu 16. roku życia [41, 43]. Decyzje o ewentualnych chirurgicznych zabiegach adaptacyjnych podejmowane są po osiągnięciu pełnoletności.

Wyzwania diagnostyczne i terapeutyczne

Badania dotyczące postępowania klinicznego z nastolatkami doświadczającymi dysforii płciowej w znakomitej części skupiają się na sytuacjach, kiedy dysforia rozpoczyna się w dzieciństwie i utrzymuje/intensyfikuje podczas pokwitania. Wydaje się zatem, że protokół holenderski jest szczególnie użyteczny, a w zasadzie skrojony dla tej grupy osób. Niewiele jest doniesień z badań dotyczących nastolatków, u których poczucie niezgodności pojawiło się w trakcie dojrzewania, szczególnie odnosi się to do osób z przypisaną przy urodzeniu płcią żeńską. Wiele niewiadomych w połączeniu z luką piśmienniczą i badawczą może przyczyniać się do bezradności i frustracji wśród klinicystów, a te z kolei prowadzić do nadmiernie uproszczonych hipotez i artefaktów diagnostycznych, jak stało się w przypadku szeroko krytykowanej propozycji *rapid onset gender dysphoria* Lisy Littman [48-50]. Przedstawiona przez autorkę szeroko cytowanego i krytykowanego badania z 2018 roku hipoteza sugerowała znaczenie „mody” i „społecznej zaraźliwości” w „rozprzestrzenianiu się” zgłoszeń doświadczania dysforii płciowej przez nastoletnie dziewczęta. Sama praca badawcza, na której oparto powyższe rozumienie, została poddana dotkliwej krytyce metodologicznej. I choć nadal nie rozumiemy w pełni przyczyn notowanych wzrostów zgłoszeń, uznaje się, że większy dostęp do internetu i mediów społecznościowych pozwala adolescentom lepiej zrozumieć swoje doświadczenie, znaleźć dla niego odpowiednią nazwę i poszukać wsparcia.

Niewątpliwie potrzeba badań empirycznych ujmujących dysforię płciową w okresie adolescencji jak najszerzej. Wydaje się mało prawdopodobne, aby we wszystkich przypadkach współwystępująca psychopatologia okazywała się wtórna do dysforii płciowej i tym samym ustępowałaby jako pożądany efekt tranzycji społecznej i medycznej. Niemniej, nawiązując do wspomnianej wcześniej egalitarności, także osoby spełniające kryteria zaburzeń osobowości czy zaburzeń ze spektrum schizofrenii mogą doświadczać stabilnej w czasie i utrwalonej dysforii płciowej. Oznacza to, że w niektórych sytuacjach skuteczne leczenie będzie wymagało postawienia dwóch rozpoznań i ukierunkowania na nie komplementarnych działań.

Dość często znaczenie treści tożsamościowych wnoszonych przez pacjentów nastoletnich jest marginalizowane i traktowane już w punkcie wyjścia jako jeden z niepożądanych objawów psychopatologii. W wielu miejscach nastolatkom odmawia się funkcjonowania społecznego pod wybranym imieniem, uzasadniając to obawą

Piśmiennictwo

1. Minister orders inquiry into 4,000 per cent rise in children wanting to change sex. The Telegraph. <https://www.telegraph.co.uk/politics/2018/09/16/minister-orders-inquiry-4000-per-cent-rise-children-wanting/> (dostęp: 09.10.2019).
2. Mizock L. *Transgender and gender diverse clients with mental disorders. Treatment issues and challenges*. W: Carroll L, Mizock L. *Clinical issues and affirmative treatment with transgender clients*. Psychiatric Clinics of North America 2017; 40(1): 29-39.
3. Goltz, D. *Lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer movements*. W: Lind A, Brzuzy S. *Battleground: Women, Gender, and Sexuality*. Westport: Greenwood Publishing Group; 2008.
4. Hirschfeld M. *Die intersexuelle Konstitution. Jahrb. Sex. Zwischenstufen* 1923; 23: 3-27.
5. Cauldwell DO. *Psychopathia transexualis*. Sexology 1949; 16: 274-28.
6. Hill DB. *Dear Doctor Benjamin: Letters from transsexual youth (1963–1976)*. International Journal of Transgenderism 2008; 10(3): 149-170.
7. Benjamin H. *The Transsexual Phenomenon*. New York: The Julian Press; 1966.
8. Green R, Money J. *Transsexualism and sex reassignment*. Baltimore: The Johns Hopkins Press; 1969.
9. Matte N, Devor AH, Vladicka T. *Nomenclature in the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care: Background and recommendations*. International Journal of Transgenderism 2009; 11(1): 42-52.
10. Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J i wsp. *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7*. International Journal of Transgenderism 2012; 13(4): 165-232.
11. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed.* Washington, DC: Author; 1980.
12. WHO. *Manual of the international statistical classification of diseases, injuries and causes of death*. Geneva: World Health Organization; 1977.
13. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed. text rev.* Washington, DC: Author; 1987.
14. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed.* Washington, DC: Author; 1994.
15. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. text rev.* Washington, DC: Author; 2000.
16. Cohen-Kettenis P, Pfafflin F. *The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults*. Arch. Sex. Behav. 2010; 39(2): 499-513.
17. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed.* Washington, DC: Author; 2013.
18. Zucker KJ. *The DSM-5 Diagnostic Criteria for Gender Dysphoria*. W: Trombetta C, Liguori G, Bertolotto M. *Management of Gender Dysphoria*. Milano: Springer; 2005.
19. Drescher J, Cohen-Kettenis PT, Reed GM. *Gender incongruence of childhood in the ICD-11: controversies, proposal, and rationale*. The Lancet Psych. 2016; 3(3): 297-304.
20. Moser C. *ICD-11 and Gender Incongruence: Language is important*. Arch Sex Behav. 2017; 46(8): 2515-2016.
21. World Professional Association for Transgender Health. *WPATH consensus process regarding transgender and transsexual-related diagnoses in ICD-11*. WPATH; 2013.

22. World Health Organization. *International statistical classification of diseases and related health problems (11th Revision)*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> (dostęp: 28.04.2019).
23. Olson KR, Durwood L, DeMeules M, McLaughlin K. *Mental health of transgender children who are supported in their identities*. Pediatrics 2016; 137(3): e20153223.
24. Maguen S, Shipherd JC. *Suicide risk among transgender individuals*. Psychol. Sex. 2010; 1(1): 34–43.
25. Clements-Nolle K, Marx R, Katz M. *Attempted suicide among transgender persons: The influence of genderbased discrimination and victimization*. J. Homosex. 2006; 51(3): 53–69.
26. Grossman AH, D'Augelli AR. *Transgender youth and life-threatening behaviors*. Suicide Life Threat. Behav. 2007; 37(5): 527–537.
27. Spack NP, Edwards-Leeper L, Feldman H, Leibowitz S, Mandel F, Diamond, DA i wsp. *Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center*. Pediatrics 2012; 129(3): 418–425.
28. Dhejne C, Van Vlerken R, Heylens G, Arcelus J. *Mental health and gender dysphoria: A review of the literature*. International Review of Psychiatry 2016; 28(1): 44–57.
29. Edwards-Leeper L, Feldman HA, Lash BR, Shumer DE, Tishelman AC. *Psychological profile of the first sample of transgender youth presenting for medical intervention in a U.S. pediatric gender center*. Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity 2017; 4(3): 374–382.
30. Khatchadourian K, Amed S, Metzger DL. *Clinical management of youth with gender dysphoria in Vancouver*. The Journal of Pediatrics 2014; 164(4): 906–911.
31. Hewitt JK, Paul C, Kasiannan P, Grover SR, Newman LK, Warne GL. *Hormone treatment of gender identity disorder in a cohort of children and adolescents*. The Medical Journal of Australia 2012; 196(9): 578–581.
32. Leibowitz S, de Vries ALC. *Gender dysphoria in adolescence*. International Review of Psychiatry 2016; 28(1): 1–15.
33. Holt V, Skagerberg E, Dunsford M. *Young people with features of gender dysphoria: Demographics and associated difficulties*. Clinical Child Psychology and Psychiatry 2016; 21(1): 108–118.
34. Van Der Miesen AIR, Hurley H, de Vries ALC. *Gender dysphoria and autism spectrum disorder: A narrative review*. International Review of Psychiatry 2016; 28(1): 70–80.
35. Pohl A, Cassidy S, Auyeung B, Baron-Cohen S. *Uncovering steroidopathy in women with autism: a latent class analysis*. Mol. Autism 2014; 5: 5–27.
36. Jones RM, Wheelwright S, Farrell K, Martin E, Green R, Di Ceglie D i wsp. *Brief report: female-to-male transsexual people and autistic traits*. J. Autism Dev. Disord. 2012; 42(2): 301–306.
37. Lai M, Lombardo MV, Baron-Cohen S. *Autism*. Lancet 2014; 383: 896–910.
38. de Vries ALC, Noens ILJ, Cohen-Kettenis PT, van Bercklaer-Onnes IA, Doreleijers TAH. *Autism spectrum disorder in gender dysphoric children and adolescents*. J. Autism Dev. Disord. 2010; 40: 930–936.
39. Turban JL. *Potentially reversible social deficits among transgender youth*. J. Autism Dev. Disord. 2018; 48(12): 4007–4009.
40. Byne W, Bradley SJ, Coleman E, Eyler E, Green R, Menvielle EJ i wsp. *Report of the APA Task Force on treatment of gender identity disorder*. Am. J. Psychiatry 2012; suppl: 1–35.
41. de Vries ALC, Cohen-Kettenis PT, Delemarre-van de Waal H. *Clinical Management of Gender Dysphoria in Adolescents*. International Journal of Transgenderism 2006; 9(3), 83–94.
42. Gender Identity Development Service. *Referral figures for 2017-2018*. <http://gids.nhs.uk/number-referrals> (dostęp: 28.04.2019).

43. de Vries ALC, Steensma TD, Doreleijers TA, Cohen-Kettenis PT. *Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: a prospective follow-up study*. J. Sex. Med. 2011; 8(8): 2276–2283.
44. Steensma TD, Biemond R, Boer RJ, Cohen-Kettenis PT. *Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: a qualitative follow-up study*. Clinical Child Psychology and Psychiatry 2011; 16(4): 499–516.
45. Steensma TD, Ristori J. *Gender dysphoria and gender incongruence in children*. W: Bouman WP, Arcelus J red. *The transgender handbook. A guide for transgender people, their families and professionals*. New York: Nova; 2018, 51–63.
46. Zucker KJ, Wood H, Singh D, Bradley SJ. *A developmental, biopsychosocial model for the treatment of children with gender identity disorder*. J. Homosex. 2012; 59(3): 369–397.
47. Di Ceglie D. *Care for gender-dysphoric children*. W: Kreukels BPC, Steendma TD, de Vries ALC red. *Gender dysphoria and disorders of sex development. Progress in care and knowledge*. New York: Springer; 2014, 151–169.
48. Ristori J, Steensma TD. *Gender dysphoria in childhood*. W: Bouman WP, de Vries ALC, T'Sjoen G red. *Gender dysphoria and gender incongruence*. New York: Routledge; 2017, 13–20.
49. Littman L. *Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset gender dysphoria*. PLoS ONE 2018; 13(80): e0202330.
50. Restar AJ. *Methodological critique of Littman's (2018) parental-respondents accounts of "rapid-onset gender dysphoria"*. Arch. Sex. Behav. Published online 22 April 2019.
51. <https://www.suicideinfo.ca/resource/transgender-people-suicide/>
52. Toomey RB, Syvertsen AK, Shramko M. *Transgender Adolescent Suicide Behavior*. Pediatrics 2018, 142 (4).

Adres: Marta Dora
Poradnia Seksuologiczna
Szpital Uniwersytecki w Krakowie
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21A
e-mail: mdora@su.krakow.pl

Otrzymano: 26.07.2019
Zrecenzowano: 6.10.2019
Otrzymano po poprawie: 11.10.2019
Przyjęto do druku: 13.10.2019